CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE

ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

A.S. 2023/2024

I sottoscritti (Cognome/Nome del padre)........................................................................................................

(Cognome/Nome della madre).........................................................................................................................

genitori dell'alunno/a (Cognome/Nome del figlio) ------------------------------------------------

frequentante la classe…..... sezione........ dell'Istituto sono informati sui seguenti punti:

la prestazione che verrà offerta è una consulenza finalizzala al potenziamento del benessere psicologico e del miglioramento delle dinamiche all’interno del gruppo classe ;

lo strumento principale di intervento sarà il colloquio

il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione e distruzione degli stessi;

il trattamento dei dati ha come scopo l'espletamento delle finalità di chiarimento e di aiuto per chi affluisce allo sportello;

lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi ltaliani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (art. 11);

lo psicologo può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);

i dati saranno trattati ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 per attività e azioni connesse al suddetto Progetto.

Si autorizza Non si autorizza

San Giovanni La Punta,

------------------------------------

Firma del padre Firma della madre

------------------------------------------------ --------------------------------------------

Autocertificazione di genitore unico esercente potestà genitoriale

Io sottoscritto....................................................................padre/madre del minore dichiaro di essere l’unico esercente la patria potestà per il seguente motivo (in caso di provvedimento giuridico, mettere i riferimenti al numero del provvedimento, all’autorità emanante e alla data di emissione) …...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Autorizzo Non autorizzo

mio figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con la Psicologa Psicoterapeuta, Dott.ssa Daniela Cosentino o con eventuali sostituti inviati dall’asp

San Giovanni La Punta,

…......................................................

Firma

…......................................................................